В эпидемический процесс чаще вовлекались городские жители (81%), что связано с особенностями механизма передачи возбудителя коклюша, высокой плотностью детского населения в городах, переуплотненностью в учреждениях образования для детей и вследствие этого большей возможностью тесного и длительного контакта с источником инфекции.

На долю домашних очагов приходилось 78,6%, на организованные коллективы – 21,4%. Заболеваемость детей, посещающих детские учреждения, существенно ниже заболеваемости детей домашнего воспитания, что, возможно, связано с более высоким охватом иммунизацией организованных детей. Для коклюша характерна низкая очаговость – 99% составили очаги с одним случаем заболевания.

Выводы

Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости коклюшем диктует необходимость внесения изменений в календарь профилактических прививок, и на сегодняшний день с 1 января 2025 года в Республике Беларусь введена дополнительная вакцинация против коклюша детей в возрасте 6 лет.

Следует проводить дальнейшие меры по предотвращению распространения заболевания путем мероприятий, направленных на раннее выявление больных, прерывание путей передачи и на действие восприимчивых лиц.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики и профилактики коклюша на современном этапе / А. В. Васюнин [и др.] // Лечащий врач. – 2019. – № 1. – С. 14.

2. Тюкавкина, С. Ю. Коклюш: эпидемиология, биологические свойства bordetella pertussis, принципы лабораторной диагностики и специфической профилактики / С. Ю. Тюкавкина, Г. Г. Харсеева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2014. – Т. 19, № 4. – С. 50–59.

3. Северина, Е. А. Современные тенденции заболеваемости коклюшем, лечение и профилактика / Е. А. Северина, А. Я. Миндлина // Лечащий врач. – 2012. – № 10. – С. 36.

УДК 16.24-002.828-052-06

А. В. Завиженец

Научный руководитель: ассистент кафедры Ж. Е. Сверж

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МИКОБАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЛЕГКИХ

Введение

В настоящее время используется термин «микобактериальные инфекции», который включает в эту группу туберкулез (ТБ), вызываемый *M. Tuberculosis Complex* (в т.ч. *M. bovis* и *M. bovis BCG*), микобактериозы, вызванные нетуберкулезными микобактериями (НТМБ) (*M. avium, M. intracellulare* и др.)

Факторами, влияющими на частоту возникновения и выявления микобактериоза легких (МЛ), являются генетическая предрасположенность к возможному поражению микобактериями и наличие хронических неспецифических заболеваний легких, нарушение местного и системного иммунитета человека. Это приводит к значительному увеличению показателя заболеваемости, связанной с НТМБ, в мире, что во многих странах сочетается со снижением заболеваемости туберкулезом и с широким распространением ВИЧ-инфекции [1, 2].

Угроза ежегодного роста числа пациентов с микробиологически подтвержденным диагнозом обусловливает актуальность проблемы микобактериальных заболеваний и внимание к ней исследователей и клиницистов [3].

Цель

Изучить и сравнить сопутствующую патологию у пациентов с заболеваниями легких, вызванные ТБ и НТМБ, за промежуток 2022–2023 гг. в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Для анализа были использованы данные статистики за 2022–2023 гг. Гомельской области и проанализированы 511 и 80 историй болезни пациентов с ТБ легких и МЛ соответственно. Анализ проводился на основании данных государственного регистра «Туберкулез», данных учетных форм пациентов с ТБ легких и МЛ, медицинских карт стационарных пациентов. В выборку включены все пациенты, заболевшие микобактериозным заболеванием с установленным диагнозом, подтвержденным рентгенологическим и (или) микробиологическим методами в возрасте ≥18 лет.

Статистический анализ выполнен в программе Microsoft Excel для работ с таблицами.

Результаты исследования и их обсуждение

В период с 2022 по 2023 годы в Гомельской области зарегистрировано 511 случаев ТБ легких среди пациентов, 125 из которых имели сопутствующие заболевания, что составило 24,46% от общего числа случаев ТБ легких.

Таблица 1 – Группы сопутствующих заболеваний у пациентов с ТБ легких

Группа сопуствующего заболеания	Количество случаев
Хронические заболевания ЖКТ	14 (11,2%)
Сахарный диабет	22 (17,6%)
ХОБЛ	6 (4,8%)
Хронические заболевания мочеполовой системы	6 (4,8%)
ВИЧ	68 (54,4%)
Психологические заболевания	9 (7,2%)

Результаты, сведенные в таблицу 1, визуализированы на рисунке 1.

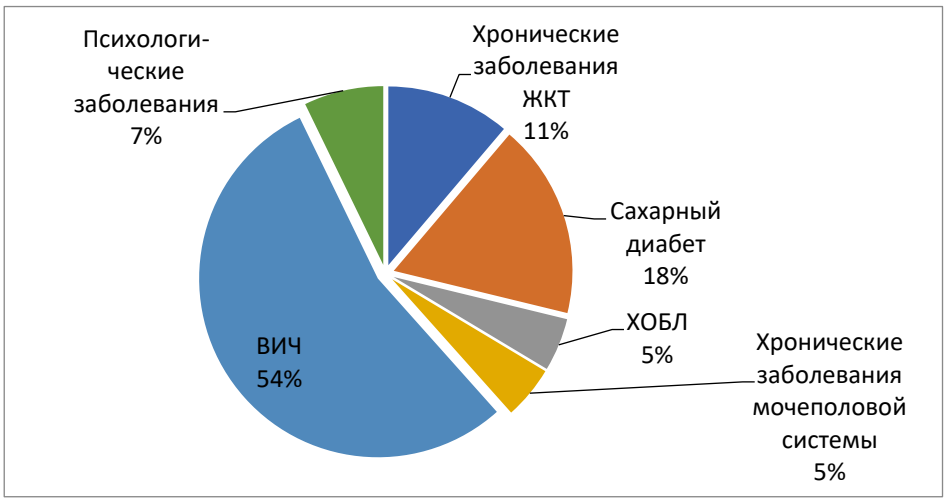

Рисунок 1 – Распределение процентного соотношения по группам сопутствующих заболеваний у пациентов с ТБ легких

Согласно проведенным исследованиям у пациентов с ТБ легких, преобладают следующие сопутствующие заболевания такие, как ВИЧ (54%), сахарный диабет (18%) и хронические заболевания ЖКТ (11%).

За анализируемый период выявлено 80 случаев МЛ, из них группа риска развития МЛ составила 28 пациента (35%).

Таблица 2 – Группы сопутствующих заболеваний у пациентов с МЛ

Группа сопуствующего заболеания	Количество случаев
Хронические заболевания ЖКТ	1 (3,57%)
Сахарный диабет	3 (10,71%)
ХОБЛ	8 (28,57%)
Хронические заболевания мочеполовой системы	2 (7,14%)
ВИЧ	9 (32,14%)
Посттуберкулёзные изменения в легких	5 (17,86%)

Результаты, сведенные в таблицу 2, визуализированы на рисунке 2.

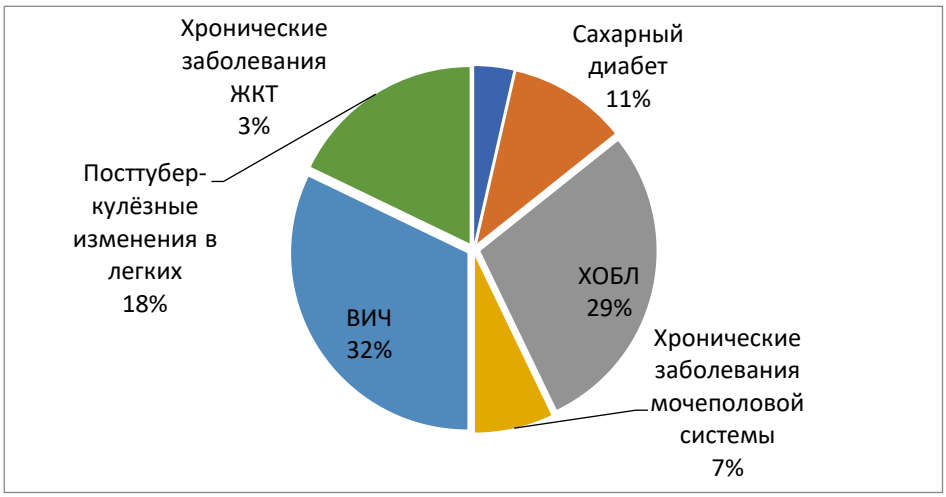

Рисунок 2 – Распределение процентного соотношения по группам сопутствующих заболеваний у пациентов с МЛ

Среди пациентов с МЛ, преобладают следующие сопутствующие заболевания такие, как ВИЧ (32,14%), ХОБЛ (28,57%) и посттуберкулезные изменения в легких (17,86%).

Выводы

1. В период с 2022 по 2023 годы в Гомельской области зарегистрировано 511 случаев ТБ легких и 80 случаев МЛ среди пациентов, 125 (24,46%) и 28 (35%) из которых имели сопутствующие заболевания соответственно.

2. МЛ развивается чаще на фоне сопутствующих заболеваний, повреждающих альвеолярную ткань (ХОБЛ (29%) и посттуберкулезные изменения в легких (18%)), нежели ТБ легких.

3. Пациенты с ТБ легких имели такие сопутствующие заболевания, как ВИЧ (54,4%), сахарный диабет (17,6%) и хронические заболевания ЖКТ (11,2%), что отражает нарушение иммунного статуса пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диагностика микобактериоза у больных ВИЧ-инфекцией / В. Н. Зимина [и др.] // Инфекционные болезни. – 2016. – Т. 14, № 4. – С. 63–70.

2. Микобактериозы в практике врача-пульмонолога: состояние проблемы / Е. И. Шмелев [и др.] // Практическая пульмонология. – 2016. – № 3. – С. 37–42.

3. Луценко А.В. Микобактериальные инфекции: особенности микробиологической диагностики / А. В. Луценко, А. Л. Ясенявская, М. А. Самотруева // Сибирский научный медицинский журнал. – 2023. – Т. 43(6). – С. 34–44.

УДК 616.917-036.22:314.14

В. Н. Заренок

Научный руководитель: к.м.н., доцент М. И. Бандацкая

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА СКАРЛАТИНЫ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Введение

Скарлатина – острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, острым тонзиллитом с регионарным лимфаденитом и мелкоточечной сыпью на коже, склонностью к осложнениям септического и аллергического характера. Возбудитель скарлатины по своим свойствам не отличается от стрептококков, вызывающих ангину, рожу и другие стрептококковые инфекции. Однако скарлатина возникает только в том случае, когда инфицирование происходит высокотоксигенными штаммами БГСА при отсутствии у ребенка антитоксического и антимикробного иммунитета [1]. Скарлатина является практически единственной клинической формой стрептококковой инфекции, подлежащей индивидуальному учету, поэтому изучение эпидемиологии данной нозологической формы дает возможность составить представление об активности эпидемического процесса стрептококковой инфекции [2].

Цель

Установить особенности проявлений эпидемического процесса скарлатины в возрастных группах г. Минске.

Материал и методы исследования

В работе использованы материалы официальной регистрации заболеваемости и данные о численном составе населения. Проведено сплошное динамическое наблюдательное исследование. Обработка материала проводилась с использованием стандартных приемов ретроспективного анализа. К средним показателям заболеваемости рассчитывали ошибку. Доверительный интервал (уровень доверия 95%) определяли по методу Вальда. При обработке данных использовался статистический пакет компьютерной программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Заболеваемость скарлатиной в г. Минске в 1999–2023 гг. колебалась от 2,5 случаев на 100 000 населения в 2021 году до 18,1 случаев на 100 000 населения в 2001 году. Максимальные и минимальные показатели различались в 7,2 раза, среднемноголетний уровень заболеваемости составил 9,9±0,73 случаев на 100 000 населения [2].

Для более глубокого анализа заболеваемости скарлатиной исследуемый период был разделен на два временных интервала: с 1999 по 2008 годы и с 2009 по 2023 гг.